Lane Medical Library

Beitrag zur Sterilisation der Frau.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Philipp Schinhammer

Assistenzarzt, Amberg/Opf.

1937

Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Prof. Dr. H. Eymer, München

Völker kommen und Völker gehen. Völker können ewig leben, wenn sie nur wollen, d. h. wenn sie die Kraft finden, die sie bedrohenden Gefahren rechtzeitig abzuwenden.

In der Geschichte hat man mannigfältige Beispiele, wie sich Völker wehren. So bestanden im alten Sparta schon vor 2000 Jahren sehr eingreifende rassenhygienische Gesetze. Als höchste einschneidende Maßnahme hatte Sparta die Vernichtung lebensunwerten Lebens, nämlich die Aussetzung krüppelhafter Neugeborener. So wurden die Aussätzigen des Altertums aus der Lagergemeinschaft und somit aus der Fortpflanzungsgemeinschaft zwangsweise ausgeschlossen. Diese Maßnahme hat sich sicher rassenhygienisch außerordentlich günstig ausgewirkt.

Eine besonders einschneidende Maßnahme zur Hebung der Kinderzahl erging in Rom bald nach Christi Geburt, nämlich die berühmte Lex Julia et Papia Poppaea. Dieses Gesetz knüpfte die Fähigkeit, Vermächtnisse zu erwerben an das Vorhandensein von mindestens 3 Kindern. In Rom war damals das Zweikindersystem in Aufnahme gekommen, ein Vorläufer der in unserem Jahrhundert zuerst in Frankreich ausgeübten und dann leider auch auf Deutschland übernommenen Beschränkung der Zahl der Kinder auf zwei.

Mit diesen Maßnahme ist aber, wie unsere Statistiken in eindringlichster Form lehren, ein rascher zahlenmäßiger Bevölkerungsrückgang verbunden.

Auch im Mittelalter gab es Gesetze, die eine Verbesserung der Rasse anstrebten, Schäden beheben sollten. So bestimmte zum Beispiel der Sachsenspiegel, daß krüppelhafte oder zwergwüchsige Personen weder ein Lehen noch ein Erbe empfangen sollten. Durch diese Zurücksetzung in ihren Erbansprüchen ist es klar, daß die Aussicht auf Verehelichung und Nachkommenschaft der von diesen Bestimmungen erfaßten Personen sehr vermindert wurde. Ebenso wurden damals im Mittelalter in Spanien Ehen, geschlossen mit blutsfremden Rassen, wieder geschieden, gemeint waren in diesem Falle die Juden, weil man deutlich sah, daß bei Zusammentreffen der Erbeigenschaften in der Nachkommenschaft nur die schlechteren Erbfaktoren zusammentrafen und die Besseren unterdrückt wurden.

Auch in der Gegenwart haben rassenhygienische Grundsätze ausschlaggebende Bedeutung erlangt. Besonders unser deutscher nationalsozialistischer Staat hat sich dadurch, daß er diese Grundsätze durch Gesetze in die Tat umwandelte ein Verdienst erworben, dessen Auswirkung wir uns heute noch gar nicht richtig vorstellen können.

Der Nationalsozialismus sieht im Volke einen lebenden Organismus, der ewig jung und kräftig bleiben kann, wenn er die biologischen Gesetze, auf die sich seine Kraft gründet, beachtet. Er weiß auch, daß der Bestand und die Kraft eines Volkes von ganz bestimmten Gefahren bedroht wird. Diese Gefahren sind, neben anderen, besonders die Ausbreitung krankhafter Erbanlagen. Letzterer Vorgang ist geeignet in einem besonderen Maße den Bestand eines auch sonst guten Volkes zu bedrohen.

Gegen diese Gefahr hat der nationalsozialistische Staat in Erkenntnis dieser Tatsache entsprechende Maßnahmen ergriffen.

Der Kampf gilt der Ausbreitung krankhafter Erbanlagen.

Durch ein Gesetz werden erbkranke Personen vom Fortpflanzungsprozeß ausgeschaltet.

Um dieses Gesetz praktisch wirksam werden zu lassen bestimmt ein Paragraph, daß bei genau festgelegten Krankheiten die von diesen befallenen Personen durch Sterilisation unfähig gemacht werden sollen, krankhaften Nachwuchs zu erzeugen.

Wie wertvoll nun das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses als solches ist, so ist es schließlich nicht weniger von großer Bedeutung für diejenigen, die es in seinem Endziel praktisch vollziehen. Die Sterilisation liegt in den Händen des Arztes.

Es ist selbstverständlich, daß die Ärzte, die in den Reihen der Vorkämpfer für dieses Gesetz mit an erster Linie standen, ein besonderes Interesse daran hatten, die Ausführung dieser Gesetzesmaßnahmen für die von ihnen betroffenen Volksgenossen möglichst gefahrlos zu gestalten.

Die Operationsverfahren, die zur Sterilisation an männlichen und weiblichen Personen vorgenommen werden mußten, waren den Ärzten geläufig. Sie waren im allgemeinen einfacher Art und gehören in die Reihen der Operationen, die gewöhnlich von einer Lebensgefahr nicht begleitet waren.

Da wir aber wissen, daß auch die kleinste Operation einen gewissen Gefahrenkreis in sich schließt, den bisher auch größte menschliche Sorgfalt und Klugheit nicht vollkommen beseitigen konnte, so muß es für die Ärzte ein heiliges Gebot sein, gerade bei den sterilisierenden Operationen das Gefahrenmoment auf ein Minimum herabzusetzen

Da die Operationsmethoden bei der Sterilisation, besonders bei der Unfruchtbarmachung weiblicher Personen sehr verschiedenartig gehandhabt wurden, so galt es jetzt, wenn möglich, die Operationsmethoden zu erforschen, die einmal die größte Sicherheit boten, daß keine Befruchtung mehr möglich wurde, andererseits am gefahrlosesten sich gestalteten.

Während sich die Arten der Operationen beim männlichen Geschlechte auf ein bis zwei Variationen beschränkten, waren die Me-

thoden bei der weiblichen Sterilisation vielfältig. Hier die einfachste Methode zu finden, die gleichzeitig womöglich absolute Sicherheit gegen neuerliche Schwängerung bot, war nun das Bestreben des Operateurs.

Ein Beitrag zu dieser Frage, eine sichere Methode bekanntzugeben, soll Aufgabe dieser meiner Arbeit sein.

Zu diesem Zwecke sei hier die an unserem Krankenhause seit langem geübte Sterilisationsmethode bei der Frau eingehend beschrieben.

Die Indikationen zu den Sterilisierungen bisher waren nicht eugenischer Natur, sondern wir führten die Operationen nur bei gewissen schweren Krankheiten aus, wie bei Tuberkulose, schweren Herzkrankheiten, Nierenkrankheiten, Blutkrankheiten. Ferner nach mehrfachen Kaiserschnitten, wiederholten schweren Geburten und bei Nervenkrankheiten.

Die Sterilisationstechnik ist beim Weibe schon älter, beim Manne relativ jungen Datums. Der erste Gynaekologe, der auf Grund von Versuchen an Kaninchen die Durchschneidung der Eileiter empfahl, um Frauen welche durch die Schwangerschaft oder Entbindung im hohen Grade gefährdet schienen, zu sterilisieren war Blundell. Er versuchte 1823 schon die Konceptionsverhütung durch Tubendurchschneidung. Doch konnte dieser Gedanke in jener voraseptischen Zeit natürlich keinen stärkeren Einfluß gewinnen wegen der großen Gefahren, die damals jeder Eröffnung der Bauchhöhle anhafteten. Ähnliches gilt von Froriep's Versuch 1850, das Tubenlumen durch Kauterisation von der Uterushöhle aus zu veröden.

Zweifel hat dann zum Zwecke der Sterilisation die Unterbindung der Eileiter, Koßmann 1880 die doppelte Ligatur und Durchtrennung mit dem Thermokauter angeraten. Erst 1897 gewann unter Kehrer in der Hand eines geschulten Gynaekologen das Problem der Sterilisierung größere Bedeutung. Durch seine Mitteilung „Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach dem vorderen Scheidenschnitt" gelang es Kehrer, die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf die künstliche Sterilisation zu lenken.

Asch führte nach seinen eigenen Angaben die erste Sterilisation 3 Monate vorher mittels der Laparatomie aus. Um die Weiterentwicklung dieser Operationen machten sich dann die Amerikaner verdient. Nach Kehrers Publikation wurden in rascher Reihenfolge die verschiedenen Vorschläge zur Verbesserung, Vereinfachung und unbedingten Sicherheit der Sterilisierung gemacht, sodaß jetzt alle erdenklichen Methoden der ursprünglichen Operation vorliegen.

Wenn man in der Literatur alle Sterilisierungsverfahren, die bisher aus den verschiedenen Indikationen geübt wurden, überblickt, findet man, daß abgesehen von der einfachen Operationstechnik

beim Mann, ein allgemein anerkanntes Standardverfahren für die Sterilisierung der Frau noch nicht gefunden ist. Im Gegensatz zu den heute wissenschaftlich und praktisch nicht anerkannten Methoden der weiblichen Sterilisierung, die nicht an den Tuben angreifen und deshalb wegen ihrer großen Komplikationsgefahr oder wegen ihrer großen Unsicherheit im vorneherein ausgeschaltet sind, z. B. die Totalexstirpation des Uterus, die oft zur Behebung eines zusätzlichen gynaekologischen Leidens als sterilisierende Operation Anwendung findet oder die unsichere Methode der Kauterisation der Tubenostien, haben sich heute nur die Methoden durchgesetzt, die an den Tuben angreifen.

Dazu sind drei verschiedene Wege möglich, ein abdominaler, ein vaginaler und ein inguinaler Weg. Welcher Weg bisher der Gebräuchlichste war, darüber gibt eine Sammelstatistik von Mikulicz-Radecki Auskunft, die zeigt, daß von 5559 Patientinnen 82,4% abdominal, 12,9% inguinal und 4,7% vaginal sterilisiert worden sind. 7 Patientinnen sind vorwiegend wegen Alters über 45 Jahren mit Radium und Röntgenstrahlen sterilisiert worden.

Diese Zusammenstellung zeigt also, daß sich der abdominale Weg zwar der größten Beliebtheit erfreut, aber wenn man individualisierend für jede Patientin den schonendsten Operationsweg auswählen will, käme in erster Linie bei den meisten Patientinnen nur der inguinale Weg in Frage. Der abdominale Weg wird begreiflicherweise von den Chirurgo-Gynaekologen vorgezogen, da er gleich eine allgemeine Übersicht über die Beckenorgane bietet.

Im vorneherein sei gleich erwähnt, daß bei Kindern zwischen 10 und 14 Jahren, die noch nicht menstruiert haben — diese Patientinnen kommen immer häufiger zur Sterilisation, da ja die Frau zur Verhütung erbkranker Nachkommenschaft bereits sterilisiert werden muß, bevor die Fortpflanzungsmöglichkeit gegeben ist — unbedingt die Sterilisierung nach dem Mengeverfahren vorgenommen werden sollte. Letztere Operation stellt bestimmt für das kindliche Wesen noch den geringsten Eingriff dar und bedeutet für den geschulten Gynaekologen, der mit der Anatomie der weiblichen Leistengegend vertraut ist, absolut keine Schwierigkeit. Es beweist dies eben die große Erfahrung der Kliniken, die nach dem Mengeverfahren sterilisieren.

Der vaginale Weg kommt bei Nulliparen wegen der großen Zartheit der Genitalien nicht in Frage Es können dann auch beim vaginalen Weg so viele Nachteile und Schwierigkeiten auftreten, z. B. bei Veränderungen an den inneren Genitalien entzündlicher Natur, Tumoren, Mißbildungen, daß man sich hier noch eher zum abdominalen Weg entschließt, um an die Tuben gelangen zu können. Bei der Frau, die schon geboren hat und vielleicht adipös oder herzlabil sein mag, könnte man noch eher zum vaginalen Wege schreiten.

Das von Menge angegebene Verfahren der Tubensterilisierung ist ein technisch einfacher, rascher und oft in örtlicher Anaesthesie sogar durchführbarer Eingriff, der vom Organismus zu jeder Zeit leicht ertragen wird.

Das nicht immer ganz leichte Auffinden der Ligamenta rotunda ist wohl mit ein Grund dafür, daß von vielen Seiten die intraperitonealen Verfahren der Uterusfixation vorgezogen werden und die Alexander-Adam'sche Operation abgelehnt wird. Das dürfte auch die Ursache dafür sein, daß viele Operateure sich mit dem inguinalen Sterilisationsverfahuen nach Menge nicht befreunden können.

Verschwiegen darf aber nicht werden, daß das Verfahren auch einen Nachteil hat. Bei ausgedehnten und festeren Adhaesionsbildungen im kleinen Becken mit Retrofixation des Uterus und der Adnexe ist die Methode nicht anwendbar. Vor jeder vorzunehmenden Sterilisierungsoperation muß durch genaueste Untersuchung in Narkose festgestellt werden, ob Uterus und Adnexe beweglich und in Ordnung sind und ob so das Menge'sche Verfahren durchgeführt werden kann. Andernfalls kommt zur Sterilisierung nur der abdominale Weg in Frage. Hat man schließlich einmal vor dem Eingriffe nach Menge festere Verwachsungen verkannt, so läßt sich ohne weiteres der inguinale Schnitt zu einem suprasymphysären Querschnitt erweitern.

Die geschilderten Verhältnisse nun lassen erkennen, daß das Ziel des sterilisierenden Eingriffes übereinstimmend die Tube ist. Über den Weg allerdings, wie man an die Tube gelangt, herrscht noch die größte Unstimmigkeit.

Zur Durchführung der Tubensterilisierung sind mannigfache Verfahren erdacht worden.

1. Die Madlenersche Tubenquetschung mit Modifikationen.
2. Die Verlagerungsmethoden — Originalmethode nach Menge — mit Modifikationen nach Schröder, Fuchs, Ottow.
3. a) Exstirpation der Tuben mit Keilexcision aus dem Uterus.
   b) Keilexcision des intramuralen Tubenabschnittes unter Belassung der Resttube.
4. Tubenknotung nach Döderlein.

Nach der Statistik von Mikulicz-Radecki wurden von den 5559 sterilisierten Patientinnen 37,4% nach der Madlenerschen Methode operiert, 21,7% nach den Verlagerungsmethoden und 38,8% nach den Keilexzisionsmethoden. Daraus ergibt sich also, daß keinem Verfahren in überlegener Weise der Vorzug gegeben worden ist. Diese Statistik läßt die Frage offen, welcher Sterilisierungsmethode an den Tuben in Zukunft der Vorzug gegeben werden soll.

Die Entscheidung hängt von der Frage ab:

1. Welche Methode ist technisch einfach, d. h. mit den wenigsten wahrscheinlichen Fehlerquellen behaftet.
2. Welche Methode gewährleistet die größte Sicherheit, eine spätere Konception auszuschließen.

In unserem Krankenhause wurden von Herrn San.Rat Dr. Dörfler unter den verschiedenen Indikationen schon seit langen Jahren weibliche Sterilisationen vorgenommen. Dabei wird immer eine bestimmte Methode befolgt. Über dieses Verfahren liegen seit dem 1. Januar 1922 bis Dezember 1935 Aufzeichnungen aus Krankenblättern vor. Die Anzahl der sterilisierenden Operationen während dieser Zeit beträgt 100.

Die Methode ist folgende:

Von einem Laparatomieschnitt aus wird mit einem Schieber die freie Tube gefaßt und in die Höhe gehoben. Ungefähr 1 cm nach außen von der Tubenecke geht man mit der Kochersonde durch die Mesosalpinx durch und quetscht, nachdem die Tube hier auf eine Entfernung von 2 cm freigemacht ist, das laterale freigemachte Ende mit einem Schieber ab. Hierauf wird das Tubeneck keilförmig mit einem Scherenschlag aus dem Uterus herausgeschnitten und mit dem anhängenden 2—3 cm langen Stück der freigemachten Tube excidiert. Bei dem Ausschneiden des Tubeneckes ist die Blutung meistens eine geringe, hie und da spritzen ein bis zwei kleine Gefäße, die sofort umstocken werden. Die Blutung steht zwar bei der sofortigen Übernähung und Einstülpung der Wundflächen auch, aber doch nicht so sicher als wenn man sich die kleine Mühe gibt, das spritzende Gefäß zu umstechen. Es muß eben bei einer Operation, die an und für sich gefahrlos verlaufen soll, auch der kleinste Verstoß gegen die Sicherheit vermieden werden. Hat man die Blutung gestillt, so wird das Wundbett übernäht und zwar von median anfangend nach lateral mit einstülpenden Nähten. Diese Einstülpung bewirkt, daß keine Wundstelle nach außen liegt und der Schnitt also gleichzeitig durch diese Naht peritonealisiert wird. Nachdem die Nähte bis auf 1 cm an das abgeschnittene, mit einem Schieber fixierte laterale Tubenende herangeführt sind, wird die Tube und zwar in der Quetschfurche, die der Schieber zurückgelassen hat, fest abgebunden, das Tubenende dann in die noch nicht übernähte offenstehende Lücke der Mesosalpinx versenkt und diese Lücke ebenfalls mit einstülpenden Nähten überdeckt. Damit das Tubenende nicht aus der Lücke herausschlüpfen kann, wird die Tube an ihrem lateralen Ende mit ein oder zwei Nähten noch an die Mesosalpinx fixiert. Man muß auf sorgfältigste Blutstillung sehen, benützt feine Nadeln und feine Seide, damit die an der Tubenecke gesetzten Nähte im Uterus selbst nicht nachbluten. Im allgemeinen

bluten die Stiche nicht, läßt man sich aber verleiten an einem puerperalen Uterus, vielleicht 8 oder 14 Tage nach einem Abortus oder Partus oder gar an einem graviden Uterus die Naht auszuführen, so haben die meisten Stiche die Neigung nachzubluten, da der Uterus in diesen Zeiten nach Partus oder in der Gravidität stark hyperaemisch ist. Die blutenden Stiche können aber gut in der Weise gestillt werden, daß man mit feinsten Nadeln und mit feiner Seide einzelne querverlaufende Nähte legt, die dann die gesetzten blutenden Stichkanäle prompt zum Verschließen bringen. Wir selbst vermeiden es kurz nach einer Entbindung die Sterilisation auszuführen. Doch kann man einmal bei Wiederholung eines Kaiserschnittes gezwungen sein, gleich nach der Entbindung eine Tubensterilisation vorzunehmen, dann kann man sich in der oben geschilderten Weise bei eventuellen Nachblutungen aus Stichkanälen, die nicht unbedeutend sein können, durch die oben genannte Art zu nähen schützen.

Was die Morbidität nach dieser Operation anlangt, so wurden in keinem Falle entzündliche Erscheinungen von der Abtragungsstelle ausgehend oder Störungen durch Nachblutungen beobachtet. Die krankhaften Störungen nach Sterilisationen, die beobachtet wurden, beschränkten sich auf hie und da auftretende Nahteiterungen der Bauchdecken und auf ebenfalls hie und da beobachtete postoperative Bronchopneumonien. In einigen Fällen wurde auch eine Thrombophlebitis der Unterschenkelvenen bei Patientinnen, die mit Krampfadern behaftet sind, beobachtet. Die Operationsmortalitätsziffer ist Null.

Was den Nachweis einer wiedereingetretenen Gravidität nach diesen Operationen antrifft, so konnten wir von 100 operierten Frauen 34 postalisch erreichen, die nach ihren Angaben nicht mehr schwanger geworden sind, 61 sind Herrn San.Rat Dr. Dörfler durch Nachuntersuchungen bezw. aus seiner ärztlichen Sprechstunde bekannt, bei denen nach der ausgeführten Operation keine Schwangerschaft mehr eingetreten ist. Die Übrigen sind unterdessen an ihrem Grundleiden gestorben, ohne daß vorher bei ihnen eine Schwangerschaft bekannt geworden wäre.

Nach den Angaben von Herrn San.Rat Dr. Dörfler wurden genau nach der oben beschriebenen Methode schon vor 1922 viele weibliche Sterilisierungen vorgenommen, ohne daß ihm ein einziger Fall einer nach dieser Operation wieder eingetretenen Empfängnis bekannt geworden wäre. Wenn unsere Mortalitätsziffer = Null beträgt, so beruht das sicher auf der verhältnismäßig geringen Anzahl der Sterilisierungsfälle. Wenn man allerdings bei der Operation alle technischen Maßnahmen genau würdigt und eine eingehende körperliche Untersuchung, die eigentlich selbstverständlich ist, vorausschickt, so kann man ruhig annehmen, daß die reine Operationsmortalität auf Null herabsinkt.

Die geringste Gefährdung bringt — darüber kann kein Zweifel herrschen — die Sterilisierung vom Leistenschnitt aus mit sich. Ihr Anwendungsbereich ist größer als der der Sterilisierung vom Scheidenschnitt aus. Auch Infantile und Kinder lassen sich bei genügender Operationstechnik inguinal sterilisieren. Die inguinale Sterilisierung, bei der als Wegweiser zu den Eileitern das ligamentum rotundum dient, setzt im aseptischen Gebiet kleinste Operationswunden, begnügt sich mit der kleinsten Eröffnung des Peritoneums, hinterläßt keinen wesentlichen Operationsschock und läßt auch kosmetischen Wünschen weitestgehend Rechnung tragen. Es gelingt bei genügender Übung vom Leistenschnitt aus, bei einigermaßen normal proportionierten Frauen von einem Hautschnitt von nur 2—3 cm beiderseits den Zugang zu den Eileitern freizulegen und die sterilisierende Sperroperation an den Eileitern durchzuführen. Einer eigentlichen postoperativen Nachbehandlung bedarf es außer Bettruhe für einige Tage nicht.

Unter dem Gesichtspunkt der größten Lebenssicherheit gebührt bei der Wahl der Sterilisierungsmethode der inguinalen Sterilisierung der Vorrang vor der abdominalen und vaginalen Sterilisierung. Ihre Ablehnung entspringt meistens operativ-technischen Gründen.

Leider ist nach den bisherigen Erfahrungen die inguinale Sterilisierung in einem kleinen Prozentsatz nicht durchführbar. Gröbere Adhaesionsbildungen, vorausgegangene gynaekologische Operationen, auch Leistenbruchoperationen, und besonders gynaekologische Befunde (Tumoren) kontraindizieren sie. Man muß dann in diesen wenigen Fällen die abdominale Sterilisierung durchführen, falls man nicht auf Grund der Narkoseuntersuchung, Tubendurchblasung und Salpingographie mit größter Sicherheit Unfruchtbarkeit annehmen kann. Eine vor der Operation schwer zu eruierende subacute Entzündung an den Genitalien, wo dann die Operation zur Propagierung der Infektion und eventuell tödlichen Peritonitis führen kann, darf durch eine gewissenhafte Voruntersuchung auf keinen Fall unübersehen bleiben. Trotz aller diagnostischen Schwierigkeiten müssen wir eben, bevor wir zur Operation schreiten, auf die Möglichkeit von entzündlichen Genitalerkrankungen unser Augenmerk besonders richten, um gegebenenfalls die Durchführung der Operation auszusetzen. In gleicher Weise muß man auch an Herzerkrankungen denken (Endocarditis). Großer Wert ist auch auf die Menstruationsanamnese zu legen, da während der Menstruation, auch kurz vorher und einige Zeit nachher die Hyperaemie des Genitale zu unvorhergesehenen Komplikationen bei der Operation führen kann.

Auch die Narkose ist nicht ganz unbeachtet zu lassen. Gehört doch eine postoperative Bronchopneumonie, die oft von der Narkose abhängt, zu den häufigsten Komplikationen, die gelegentlich

auch zum Exitus führen kann. Es bedarf deshalb das Problem der besten und schonendsten Schmerzausschaltung bei den meist schwierig zu behandelnden Schwachsinnigen und Schizophrenen besonderer Aufmerksamkeit und erfordert eine spezielle Technik.

Bei gewissenhafter Beobachtung aller Vorbedingungen zu einer sterilisierenden Operation, selbst bei Laparotomieschnitt und bei gewissenhaftem Vorgehen bei der Operation selbst, muß die Mortalität Null sein.

Die obenbeschriebene Methode nach Herrn San.Rat Dr. Dörfler, allerdings auf dem Wege einer Laparotomie und an Hand verhältnismäßig weniger Fälle zeigt auch, daß sie unbedingte Sicherheit gewährleistet gegen eine später wieder auftretende Gravidität und daß sie abgesehen von unbedeutenden postoperativen Komplikationen, wie sie an und für sich bei jeder Operation eintreten können, in Morbidität und Mortalität als unbedingt zuverlässig gelten muß, wenn man eben alle Voraussetzungen würdigt, die man besonders bei Personen ins Auge fassen muß, die zu sterilisieren sind.

Die Zukunft unseres Volkes ist zu schwer und zu ernst, als daß wir uns an Utopien berauschen und Phantomen nachjagen dürften, aber nirgends könnte das alte Sprichwort, daß das Bessere des Guten Feind sei, sich verhängnisvoller bewahrheiten als auf dem Gebiete der Bekämpfung der Degeneration. Gewiß werden wir niemals alle geistig und sittlich Minderwertigen aus unserem Volkskörper ausschalten können niemals die Neuentstehung des Krankhaften, der Entartung vermeiden können, selbst wenn wir nach dem Vorschlag des Amerikaners Laughin fortlaufend etwa zwei Zehntel aller Lebenden sterilisieren würden. Aber wenn wir auch nur an hundert oder tausend oder zehntausend Stätten bewirken könnten, daß Krankhaftes sich nicht weitervererbt, daß den ungeborenen Geschlechtern der Fluch schlechter Erbanlagen erspart bleibe, so hätten wir als Ärzte Gutes und für unser Volk Wertvolles geleistet. Eine gute ererbte Anlage zu haben, ist die erste Bedingung für Menschen, um im Leben mit Erfolg zu bestehen. Ein Volk von gut erblich veranlagten Menschen zu sein, ist die erste Bedingung für das Gedeihen der Nation.

Herrn Professor Dr. Eymer möchte ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank für die Übernahme des Referates, Herrn San.-Rat Dr. J. Dörfler, Amberg, diesen für die Anregung zu dem Thema und für das liebenswürdige Entgegenkommen bei der Bearbeitung des Krankenmaterials darbringen.

Ehrenwörtliche Erklärung:

Vorstehende Arbeit wurde von mir selbständig und ohne fremde Beihilfe gefertigt.

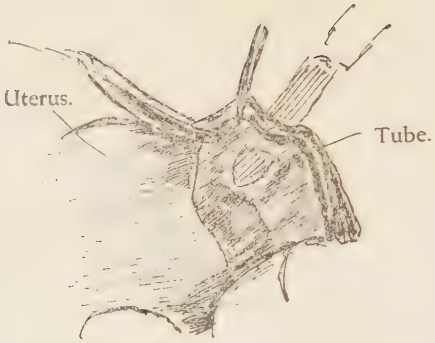

Bild I.

Die Tube ist gefaßt, die Mesosalpinx stumpf durchtrennt, die Tubenecke wird excidiert.

Bild II.

Tube abgebunden, wird oberhalb durchtrennt.

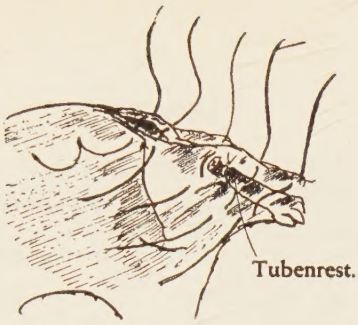

Bild III.

Faden faßt die Tube mit.

Bild IV.

Tube ist versenkt, das Excisionsstück übernäht.

Literatur.

Bauer K. H. und Mikulicz, Radecki F. M.: Die Praxis der Sterilisierungsoperationen. 1936.

Boeminghaus, H.: Zur Sterilisation. Bericht über die bisherigen Erfahrungen. Klin. Schr. 1935, S. 445.

Crammer, H.: Zur operativen Methodik der weiblichen Sterilisierung. Zbl. Gynaek. 1934, S. 23111—2312.

Dörfler: Der kleine Kaiserschnitt. Zbl. Gynaek. 1923, Nr. 6.

Haselhorst: Zur Sterilisierung der Frau aus eugenischer Indikation. Dtsch. Med. Wschr. 1934, II, S. 1430—1432.

Macke, Carl M.: Operative Sterilisierung unter besonderer Berücksichtigung der Wahl der Methode und der Erfolge bei Tubensterilisationen. Inaugural-Dissertation, Köln 1933.

Nürnberger: Die sterilisierenden Operationen an den Tuben und ihre Fehlschläge. Slg. Vortr. von Volkmann, Nr. 731—734. Slg. klin. Vortr. 1917 Gynaek. 258—261.

Der Chirurg, 1935, 7. Jahrgang, Heft 15, S. 526.

Deutsche Med. Wo. 60. Jahrg. 1934, Nr. 38, S. 1430.

Deutsche Med. Wo. 61. Jahrg. 1935, Nr. 16, S. 621.

Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie 1935, Bd. 99 Heft 1/2, S. 1.

Münchner Med. Wochenschrift 1934: Originalien: Erblichkeit, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik, Nr. 5, 11, 19, 20, 21, 28, 30, 37, 44, 47, 38.

Münchner Med. Wochenschrift, 82. Jahrg. 1935, Nr. 13, S. 488.

Tubensterilisierung nach Madlener. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 41, 58. Jahrg., S. 1027.

Zentralblatt für Gynaekologie, 30. Jahrg., Leipzig 1906, S. 479, Herausgeber Fritsch, Bonn.

Zentralblatt für Gynaekologie, 58. Jahrg. 1934, Nr. 37, S. 2213.

Zentralblatt für Gynaekologie, 58. Jahrg. 1934, Nr. 34, S. 1986.

Zentralblatt für Gynaekologie, 58. Jahrg. 1934, Nr. 45, S. 2654.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 17, S. 977.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 47, S. 2776.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 25, S. 1453.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 32, S. 1856.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 21, S. 1213.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 30, S. 1749.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 4, S. 197.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 38, S. 2233.

Zentralblatt für Gynaekologie, 60. Jahrg. 1936, Nr. 3, S. 168.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 26, S. 1532.

Zentralblatt für Gynaekologie, 59. Jahrg. 1935, Nr. 10, S. 554.

Die Unfruchtbarmachung der Frau, von Prof. Dr. Eymer, München, Seite 327.

Lebenslauf.

Am 16. September 1909 wurde ich zu Amberg, als Sohn des Strafanstaltsbeamten Leopold Schinhammer geboren. Nach Besuch der Volksschule trat ich an das humanistische Gymnasium in Amberg über und erwarb mir dort im Frühjahr 1929 das Reifezeugnis.

Im Mai 1929 begann ich an der Universität München mein medizinisches Studium, setzte dasselbe in Erlangen fort und bestand in München 1934 das medizinische Staatsexamen. Hierauf war ich ein Jahr als Medizinalpraktikant, anschließend zwei Monate in Vertretung des Assistenzarztes im städtischen Marienkrankenhaus Amberg, dann als Volontärassistenzarzt an der Univ.Frauenklinik München (Prof. Dr. Eymer) tätig. Vom 25. August bis 18. Oktober 1936 diente ich beim 41. E.I.R. in Weiden. Seit 19. Oktober bin ich als chirurgischer Assistenzarzt bei Herrn San.Rat Dr. Dörfler im städtischen Marienkrankenhaus Amberg.